Educação popular e pesquisa-ação como instrumentos de reorientação da prática médica.

Eymard Mourão Vasconcelos

Prof. do Depart. de Promoção da Saúde da UFPB

Diarréia, escabiose (sarna), verminoses intestinais, impetigo (perebas), micoses cutâneas, doenças venéreas, infecções exantemáticas agudas (como catapora, rubéola e sarampo), resfriados, pediculose (infestação por piolho), pneumonia, tungíase (bicho-de-pé), faringites e outras doenças infecciosas e parasitárias fazem parte da rotina diária das famílias das classes populares brasileiras. Numa mesma família se costuma observar, ao mesmo tempo, várias dessas infecções que têm um caráter extremamente repetitivo. Muitas vezes, um membro da família só é levado a um serviço de saúde quando é ultrapassado determinado nível de tolerância ou quando surge alguma nova condição, que facilite o acesso. Nessa convivência diária com as doenças infecciosas corriqueiras há elementos de sofrimento e desespero, resistência e busca de estratégias de enfrentamento, esgotamento e passividade. Estes elementos se interagem numa dinâmica complexa a partir das condições materiais e sociais a que estas pessoas estão submetidas. Os serviços hospitalares, ambulatoriais e as campanhas de saúde pública interferem apenas pontualmente e ocasionalmente nesta dinâmica. Pouco se tem estudado sobre como as classes populares estão entendendo, elaborando e se apropriando das mensagens e saberes transmitidos nas ações oficiais de saúde.

Uma vez que a ação dos serviços no meio popular é tênue, a superação da situação de intenso adoecimento, depende do envolvimento da população na busca de novas estratégias e do reforço às posturas de luta e enfrentamento que sejam cientificamente respaldadas e apropriadas às condições materiais e sociais em que vivem. Depende também da construção e desenvolvimento de serviços e obras públicas adequadas a essas condições. No entanto a medicina tem concentrado seus esforços no desenvolvimento de técnicas medicamentosas, cirúrgicas e eletrônicas que atuam no processo saúde-doença apenas no nível do corpo biológico e que são voltadas para o enfrentamento de doenças isoladas. O esforço médico, em geral, corre paralelo, dessincronizado e até em oposição ao esforço popular de combate aos problemas de saúde. Não tem sido uma preocupação importante da medicina a compreensão dos saberes, das estratégias, dos significados imaginários e das contradições e passividades do meio popular frente às doenças usuais de forma a possibilitar uma crítica

dos procedimentos médicos e sanitários tradicionais e a criação de novas formas de abordagem de modo a caminhar para a integração entre o agir médico e o agir popular. Normalmente se confia no "bom senso" dos profissionais para a construção dessa integração. Outras vezes se delega esta tarefa a profissionais específicos (visitadoras sanitárias, assistentes sociais, etc.) que, atuando de forma paralela e desvinculada da rotina de atendimentos técnicos individuais prestados, terminam não conseguindo uma mudança significativa na globalidade das práticas de enfrentamento das doenças.

Com a emergência dos Serviços de Atenção Primária à Saúde estas questões se tornaram fundamentais. Antes, a grande distância entre os hospitais e ambulatórios centrais e o cotidiano da vida popular tornava impossível uma interferência mais significativa nesse nível para os profissionais ali situados. Mas os Centros e Postos de Saúde representam uma inovação institucional justamente porque possibilitam essa aproximação. A experiência internacional, como é o caso cubano, tem demonstrado que a sua surpreendente eficiência se dá na medida em que o serviço consegue se inserir profundamente na dinâmica social local. Nesse sentido, é prioritário superar o fosso existente entre a ação médica e a ação popular na luta contra as doenças.

1.1. Os centros de saúde como espaços privilegiados de enfrentamento dos problemas de saúde.

Desde meados da década de 1970 vêm se multiplicando os Centros e Postos de Saúde no Brasil. Apesar de marcados pela carência material e de recursos humanos qualificados, pela sua utilização eleitoreira por parte da classe política e pela falta de eficiência operacional, estes novos serviços estão assumindo uma importância central nas estratégias de combate às doenças infecciosas e parasitárias no Brasil. O fato de estarem mais profundamente inseridos na dinâmica social local, de terem uma constância e uma continuidade de atuação, de integrarem ações educativas, preventivas e curativas e de serem de fácil acesso à população proporciona a esses serviços uma grande potencialidade no enfrentamento do quadro de adoecimento e morte, como já foi evidenciado em muitas experiências internacionais e em alguns municípios brasileiros. Com o movimento de Reforma Sanitária e o processo de implantação do Sistema Único de Saúde, eles tendem a se constituir como o alicerce da assistência à saúde. As grandes endemias que vinham sendo enfrentadas a partir de programas especiais implementados por órgãos federais ou estaduais através de campa-

nhas verticais vão, aos poucos, passando para a responsabilidade dos municípios, onde os serviços locais de saúde são a maior ferramenta institucional.

No novo contexto, diferentes concepções e propostas de organização da Atenção Primária à Saúde convivem e divergem entre si. Conseqüentemente, diferentes concepções e propostas de enfrentamento das doenças infecciosas e parasitárias no nível local também convivem e digladiam entre si. As diferentes propostas de organização da Atenção Primária à Saúde podem ser, esquematicamente, agrupadas em três padrões básicos: assistência **médica** primária, atenção primária **seletiva** à saúde e atenção primária **integral**[1] à saúde (MACDONALD, WARREN, 1991, p.39; BANERJI, 1984).

a - o padrão da **assistência médica primária** resulta da transposição para os serviços locais de saúde do modelo de atenção dominante nos consultórios privados, ambulatórios e hospitais que é centrado na consulta médica. As demais atividades (vacinação, curativos e ações educativas) entram de forma subalterna e restrita. Não se valoriza ou se abre espaço para a participação dos indivíduos e grupos locais em suas atividades.

b- o padrão da **atenção primária seletiva à saúde**, proposto inicialmente em por WALSH e WARREN em 1979[2] (citado em BANERJI, 1984), é justificado pela consideração de que não há recursos materiais e humanos disponíveis para o atendimento global de toda a população, sendo portanto necessário restringir as atividades sanitárias à abordagem de um número pequeno de problemas de saúde que afetam a um grande número de pessoas e para o qual se disponha de métodos de intervenção pouco onerosos e de comprovada eficácia. Assim, a atenção à saúde fica reduzida à implementação de uma série de tarefas técnicas bem delimitadas e padronizadas, que não requerem uma maior qualificação profissional para serem executadas. Para cada problema selecionado se estabelece uma técnica de saúde pública com metas a serem atingidas já matematicamente calculadas. Assim a diar-

---

[1] O termo **integral** é a tradução usual da palavra inglesa **comprehensive**, que no entanto seria melhor traduzida por **abrangente**. Acredito ser o termo integral muito pretensioso na medida em que acena para a possibilidade de algum serviço de saúde, com suas limitações históricas, atender as necessidades globais de saúde dos indivíduos e dos grupos sociais. Por esta razão usarei com freqüência o termo atenção **alargada** à saúde por lembrar a dimensão de movimento, sempre insuficiente, de ampliação em algumas direções (a ampliação generalizada da atenção à saúde, como mostrou Ivan Illich, é iatrogênica) da atenção à saúde.

[2] WALSH, J. A., WARREN, K. S. **New England Journal of Medicine**. v.301, p.967, 1979.

réia é enfrentada apenas com a difusão da terapia de reidratação oral. O problema do sarampo tem a solução: uma vacinação específica. A doença de Chagas é enfrentada com a borrifação de inseticidas nos domicílios. As patologias não contempladas com técnicas ou programas especiais são menosprezadas. O mesmo menosprezo acontece com as outras dimensões biológicas, sociais e culturais geralmente entrelaçadas em cada problema médico. Quando se consegue a implementação deste padrão, obtém-se um significativo impacto nos indicadores estatísticos de mortalidade com custos reduzidos pois se concentra a ação em problemas de grande repercussão, mas não se responde às necessidades globais da população. Este modelo já conta com um razoável corpo de conhecimento teórico e operacional desenvolvido internacionalmente e foi inicialmente implementado no Brasil pelos órgãos federais de controle de endemias. Seu desafio operacional atual é a adaptação técnica à descentralização e à municipalização exigida pelo S.U.S.. Diante da grande crise financeira vivida pela Estado capitalista moderno, é o modelo mais buscado como resposta barata e simplificada às crescentes pressões populares. Tende a ser implementado principalmente junto aos setores da população não integrados aos segmentos mais dinâmicos da economia.

c- o padrão de **atenção primária integral à saúde** foi anunciado e divulgado de forma ampla em 1978 na Conferência de Alma Ata patrocinada pela Organização Mundial de Saúde e tem como eixo principal o apoio aos indivíduos e aos grupos sociais para que assumam cada vez mais o controle de suas vidas e sua saúde (MACDONALD, WARREN, 1991). Por ser um modelo de atenção ainda em construção tem características menos definidas. No Brasil, ele vem sendo implementado em serviços onde os movimentos populares locais, aliados a profissionais de saúde identificados com seus interesses, conseguiram conquistar um maior controle do seu funcionamento, redirecionando suas práticas cotidianas. Neles se busca enfrentar o caráter global e complexo dos problemas de saúde da classe trabalhadora. Esses serviços se organizam com base na contínua relação com os movimentos populares locais, no intercâmbio entre o saber popular e o saber técnico e na interdisciplinaridade da prática profissional em saúde. Assim, a abordagem de um caso de blenorragia em uma senhora, de forma alguma, se reduz ao tratamento precoce e à busca de comunicantes. Discute-se uma possível crise emocional e conjugal explicitada pela doença ou conseqüente ao conhecimento do diagnóstico. O tema pode ser visto como importante para reflexão no grupo de mães e para apoio no trabalho educativo que se desenvolve junto às prostitutas

locais. O método de planejamento familiar adotado pela paciente é rediscutido à luz da nova situação conjugal. Práticas como esta vêm se desenvolvendo em uma série de experiências esparsas pelo território nacional e apontam para uma nova forma de abordar os problemas de saúde que supera a tradição positivista e mecanicista da medicina. Mas, além de enfrentarem a carência de recursos materiais das políticas sociais, o boicote político e as exigências de produtivismo numérico dos órgãos centrais do sistema de saúde, essas práticas sofrem do vazio teórico e da falta de sistematização das experiências já realizadas. São necessários novos instrumentos teóricos e metodológicos que permitam o aperfeiçoamento deste alargamento da assistência à saúde.

1.2. Uma concepção de educação popular em saúde.

A educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Diferentes concepções e práticas têm marcado a história da educação em saúde no Brasil.

Qual é o papel atual da educação popular nos Serviços de Atenção Primária à Saúde? A resposta a estas questões vem sendo buscada e construída através de múltiplas experiências em andamento em diferentes municípios brasileiros.

Em 1990, vários profissionais de saúde, presentes no III Simpósio Interamericano de Educação em Saúde realizado no Rio de Janeiro pela União Internacional de Educação em Saúde, perceberam a grande distância entre a metodologia educativa praticada em experiências marcadas pela integração junto aos movimentos sociais e a metodologia privilegiada pelo Simpósio, voltada para o aperfeiçoamento de técnicas de difusão de conhecimentos e de mudança de comportamento. Desta insatisfação começou a ser estruturada a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, que em 1999 se transformou na Rede de Educação Popular e Saúde, de cuja coordenação faço parte. Este movimento realizou, no final de 1991, o I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, em São Paulo. Nesta ocasião e em outras, como encontros estaduais e várias reuniões realizadas por profissionais envolvidos com a questão, nota-se que, apesar da diversidade de modalidades de atuação presente, vão aos poucos se delineando os contornos do que seria uma adequação da metodologia da educação popular para a atual conjuntura política e institucional. São contornos ainda pouco precisos, cuja leitura depende muito do olhar de quem os analisa. Assiste-se,

então, à construção coletiva de um saber sobre a relação entre técnicos de saúde e a população.

Uma grande parte das práticas de educação popular nos serviços de saúde estão hoje voltadas para a superação do fosso cultural existente entre a instituição e a população, em que um lado não compreende a lógica e as atitudes do outro. Nestas experiências, isto é feito a partir de uma perspectiva de compromisso com os interesses políticos das classes populares, mas reconhecendo, cada vez mais, a sua diversidade e heterogeneidade. Assim, priorizam a relação com os movimentos sociais locais por serem expressões mais elaboradas destes interesses. Atuando a partir de problemas de saúde específicos ou de questões ligadas ao funcionamento global do serviço, buscam entender, sistematizar e difundir as lógicas, os conhecimentos e os princípios que regem a subjetividade dos vários atores envolvidos, de forma a superar as incompreensões e mal entendidos ou tornar conscientes e explícitos os conflitos de interesse. Nestas iniciativas de educação popular em saúde se dá uma grande ênfase à estruturação de instrumentos de ampliação dos canais de interação cultural e de negociação (cartilhas, jornais, assembléias, reuniões, cursos, visitas, etc.) entre os diversos grupos populares e os diversos tipos de profissionais.

A partir de posturas como esta, tem-se assistido, em alguns locais, à emergência de novos padrões de enfrentamento dos problemas de saúde marcados pela integração entre o saber técnico e o saber popular e pela mútua colaboração. Nesse sentido, a educação em saúde deixa de ser uma atividade a mais realizada nos serviços para ser algo que atinge e reorienta a diversidade de práticas ali realizadas. Passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade. Apesar deste processo vir ocorrendo no Brasil de forma fragmentada em experiências e iniciativas marcadas pela transitoriedade, tal constatação coincide com a percepção de autores situados em outros países, como MACDONALD e WARREN (1991) da Inglaterra e Austrália, respectivamente:

> *A educação não é um mero componente da Atenção Primária à Saúde. Antes disto, esta é, em sua totalidade, um processo eminentemente educativo na medida em que, na perspectiva defendida pela Conferência de Alma Ata, se baseia no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais assumam um maior controle sobre sua saúde e suas vidas* (p.39).

*... Grande parte do que Paulo Freire diz sobre o processo educativo é diretamente aplicável à Atenção Primária à Saúde. Nós afirmamos ainda mais: a metodologia educativa de Paulo Freire é uma sólida base para se atingir uma Atenção Primária a Saúde integral (*p. 44).[3]

A educação popular não é o único projeto pedagógico a valorizar a diversidade e a heterogeneidade dos grupos sociais, a intercomunicação entre os diferentes atores sociais, o compromisso com as classes subalternas, as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o saber científico. Mas para o setor saúde brasileiro, a participação histórica no movimento da educação popular foi marcante na criação de um movimento de profissionais que busca romper com a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população. Apesar de uma certa crise do conceito de educação popular nos novos tempos, é ele que vem servindo para identificar e instrumentalizar a diversidade de práticas emergentes.

1.3. Pesquisa em educação popular em tempos de pós-modernidade

Para Bourdieu, citado por THIOLLENT (1982, p. 44) toda técnica de pesquisa é uma “teoria em atos”, ou seja, a forma como os fatos são buscados, selecionados, correlacionados e analisados em cada técnica de pesquisa se constrói a partir dos pressupostos teóricos que orientam, conscientemente ou não, a investigação. O método de investigação é parte do corpo teórico adotado. É esse corpo teórico prévio que comanda o processo da pesquisa. A consciência desse fato possibilita ao pesquisador uma vigilância sobre o significado dos dados obtidos, evitando a ilusão da existência de uma objetividade científica neutra predominante nos estudos empíricos que acreditam que o conhecimento está contido no próprio fato, independentemente do modo de intervenção de quem o observa. É justamente para marcar a diferença dessa posição empirista e positivista, que muitos autores, entre eles Habermas, propõem substituir o termo observação pelo termo questionamento para descrever o modo de obtenção dos dados durante o processo de pesquisa (THIOLLENT, 1982, p.23).

A pesquisa em educação popular, a partir das influências fundantes de Paulo Freire, Marx e Malinowski e da Escola de Frankfurt, foi aos poucos se delineando como uma pesquisa qualitativa, com forte conotação da observação participante da antropologia, engajada

[3] Tradução do próprio autor.

na transformação política da sociedade na perspectiva dos interesses dos seus grupos sociais subalternos e onde os sujeitos investigados participam conscientemente do processo de produção do conhecimento. A esta metodologia de investigação se denominou, nos anos 80, pesquisa participante. Quando faz parte de seus objetivos refletir sobre uma determinada ação problemática realizada por pessoas ou grupos implicados na investigação, passa a se denominar pesquisa-ação.

Se a pesquisa participante e a pesquisa-ação tiveram um amplo prestígio acadêmico nos anos 80, com o aproximar dos anos 90 passaram a sofrer sérias críticas. O próprio movimento da educação popular começou a ser visto como algo do passado. Quais as principais críticas à pesquisa participante e à pesquisa-ação?

a- a convivência de dimensões de militância política e produção de conhecimento dentro da pesquisa é sempre tensa, na medida em que ambas são extremamente exigentes. Como as exigências da militância são mais imediatas e diretas, esse tipo de pesquisa estaria resultando em conhecimentos pouco consistentes cientificamente.

b- a identidade da educação popular com uma ideologia socialista em situações de conflito social fazia com que grande parte do conhecimento produzido resultasse mais uma aplicação no objeto particular de estudo de uma leitura teórica já previamente definida. Apesar da educação popular insistir em partir do saber prévio do educando popular, na medida em que buscava a construção de uma consciência proletária, cujas características já estavam previamente delineadas pelo pensamento socialista dominante nos partidos de esquerda, ela acabava por se tornar uma educação homogeneizadora. Partiria de diferentes para chegar a iguais. Suas pesquisas estariam marcadas pela necessidade de gerar conhecimentos subordinados a um projeto utópico e subjetivo único escondido sob o manto de um projeto social racional e científico.

c- o movimento cultural da pós-modernidade, na medida em que esvaziou a legitimidade das grandes análises teóricas globais e levou a um descrédito na percepção de um sentido de progresso na história da humanidade, atingiu de cheio as bases da educação popular, fortemente centrada no projeto socialista. Dentro da postura pós-moderna, não tem sentido trabalhar como intelectual a serviço dos que sofrem e são explorados, uma vez que a teoria e a racionalidade não têm mais validade e o que predomina é um desencanto com

qualquer projeto de progresso social (MACLAREN, 1987). "Para que tanta agitação a propósito de coisa nenhuma?" (BERMAN, 1986, p. 32)

d- a pesquisa e a prática em educação popular, apesar de terem sido importantes no período da ditadura militar, não têm mais o que contribuir, na medida em que foram metodologias estruturadas para atuação junto a grupos marginais, bem delimitados e onde se conseguia um acompanhamento de seus membros por longos períodos. Hoje com os órgãos públicos, organizações não governamentais e organizações populares atuando junto a clientelas amplas, heterogêneas e extremamente complexas, a sua metodologia não seria mais adequada. Valorizá-las agora seria saudosismo.

Neste contexto, qual a razão de se insistir em uma pesquisa voltada para uma temática da educação popular e utilizando a metodologia da pesquisa-ação?

Uma grande razão: a existência de um movimento social nascido nos anos 90, a Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde, voltado para a temática e colocando problemas e angústias, não de grupos em processo de decadência ou de militantes saudosistas, mas da possibilidade de redirecionamento do Sistema Único de Saúde - SUS responsável pelo atendimento de saúde da maioria da população brasileira.

A aparência de racionalidade pura que envolvia os vários projetos sociais foi desmascarada. Sabe-se hoje que todos se assentam sobre subjetividades, utopias, religiões ou mitos. A sociedade se tornou mais complexa e se multiplicou em fragmentos, obrigando os vários atores sociais a interagirem com uma diversidade de grupos e personagens em colisão e alianças instáveis, vivendo caminhos próprios e falando linguagens fechadas. Uma situação que, se de um lado promete poder, alegria e aventura, de outro lado, ameaça desintegrar tudo o que temos e sabemos (BERMAN, 1986). Vivemos num universo de eventos que não compreendemos totalmente e que parecem estar fora do nosso controle. O fracasso de muitos projetos racionalizadores de intervenção social gerou descrédito na possibilidade de um novo ordenamento (GIDDENS, 1991).

Mesmo assim, técnicos de saúde dos anos 90 continuam atuando nos novos espaços institucionais (ONGs, hospitais, movimentos sociais, centros de saúde, sindicatos, meios de comunicação de massa, escolas) em busca de fazer ressoar a voz e os interesses dos subalternos. A esperança continua no aparente caos da pós-modernidade. Esperança, palavra antes prescrita do vocabulário científico, pode agora ser assumida como base de uma meto-

dologia de investigação, pois foi o que ficou diante da quebra das certezas. Talvez a utopia que se esconde atrás de muitos desses projetos seja o da esperança de se poder construir, por caminhos não conhecidos, uma sociedade participativa e justa através do fortalecimento da comunicação e negociação entre tão diversos atores com a participação, em pé de igualdade, dos grupos subalternos.

Antes que desencanto, os novos tempos podem significar desafio. Assim, o que significa pesquisar em educação popular neste tempo de pós-modernidade? Alguns cuidados metodológicos precisam ser tomados:

a- diversificação dos instrumentais metodológicos de análise da realidade popular. Vêm sendo muito mais valorizados os instrumentais da antropologia e da análise de discurso.

b- não exigência de uma correlação imediata e clara da diversidade dos resultados obtidos com uma síntese teórica globalizante, aceitando a existência de dimensões de mistério na realidade estudada, ou seja, que a razão humana é incapaz de compreender e explicar todas as dimensões da vida e da realidade material do Universo.

c- maior busca de entendimento das dimensões inconscientes, afetivas, míticas e religiosas dos atores sociais envolvidos, não se concentrando assim nas motivações conscientes e nos discursos explícitos.

d- a importância de se explicitar o projeto utópico e a motivação pessoal do pesquisador e dos educadores envolvidos. Educação popular só tem sentido a partir de uma utopia social e ela tem implicações nas características do conhecimento gerado. Como as utopias não são mais uniformizadas por uma teoria sociológica dominante, a utopia do autor precisa ser expressa, para dar condição ao leitor de perceber criticamente os pressupostos subjetivos do texto.

e- esforço pelos pesquisadores de abertura a outras formas de leitura da realidade estudada, através da relativização do próprio projeto utópico e modelo de conhecimento.

f- limitação intensa do envolvimento militante com a intervenção social estudada, assumindo muito mais um papel de análise da ação desenvolvida pelos diversos outros atores sociais envolvidos e restringindo a sua própria ação a subgrupos e aspectos bem delimitados.

1.4. A pesquisa-ação como um instrumento de reorientação da medicina.

Os grandes avanços da bacteriologia, no final do século passado, a partir das experiências de Pasteur e o conseqüente sucesso no enfrentamento de muitas doenças epidêmicas consolidaram dentro da medicina a crença no modelo da racionalidade científica como caminho único para a obtenção da verdade. Uma racionalidade que rejeita toda e qualquer subjetividade (fonte de ilusão e de falta de exatidão para o conhecimento) e que se baseia em uma concepção mecanicista que vê a Natureza como algo constituído de leis naturais; leis semelhantes a de qualquer máquina, com as suas peças e o seu modo de funcionamento próprio. Para ela, a razão está apta a descobrir tais leis através de método de exploração experimental e quantitativo, onde a linguagem mais adequada é a matemática (LUZ, 1988).

A chamada "revolução científica" consolidada na medicina pelas descobertas da bacteriologia levou Behring a afirmar, em 1893, que o estudo das doenças infecciosas podia, a partir dessas descobertas, ser prosseguido no rumo certo, sem ser desviado por considerações sociais e reflexões sobre política social (NUNES, 1987). Assim, tanto nos países europeus como nos latino-americanos, perdem importância os estudos e abordagens sociais que já tinham larga tradição na Alemanha, na França e na Inglaterra. É criada uma expectativa otimista da possibilidade de se erradicar todas as doenças através da centralização dos estudos e da ação médica em doenças apenas biologicamente definidas. Neste sentido, todo o ensino e a organização institucional da prática médica são redefinidos e regulamentados mundialmente a partir do século XX. O relatório Flexner e todas as suas conseqüências nos Estados Unidos são um marco nesse processo.

Assim a questão da Vida vai sendo progressivamente reduzida à análise do funcionamento das várias partes de órgãos do corpo. Ela deixa de ser uma questão central da prática clínica. Cada vez mais a medicina se torna a ciência das doenças. A Vida globalmente entendida deixa de ser sua preocupação, passando a ser encarada como uma questão metafísica e supérflua. A prioridade é buscar instrumentos para atacar cada uma das doenças e não estratégias de fortalecimento do organismo como um todo ou do grupo social em que estas doenças ocorrem. A pesquisa médica se centra nos aspectos anátomo-químicos das patologias, deixando de lado o interesse sobre o indivíduo como um todo, suas dimensões coletivas e sua relação com o ambiente.

Inegavelmente, o avanço do conhecimento em relação à causa das doenças decorrente das descobertas dos agentes etiológicos específicos, não tem por que ser contestado. O problema foi a postergação da pesquisa de dimensões sociais, econômicas e culturais que têm tanta importância no processo de adoecimento e de cura.

Este modelo de ciência começa a entrar em crise nos países desenvolvidos a partir da segunda metade do século, quando se constata o pequeno impacto das ações médicas sobre os níveis de saúde de suas populações, agora predominantemente acometidas por doenças crônico-degenerativas. Começa a ser então constituída a sociologia médica. No entanto, os novos estudos sociais sobre os problemas de saúde são inicialmente marcados por dois grandes limites. De um lado, eles não conseguem se integrar às pesquisas médicas, resultando numa dicotomia entre as abordagens sociais e clínicas. De outro lado, a teoria sociológica chamada à criar instrumentos teóricos para estes estudos é marcada pela visão positivista e empirista dominantes nas ciências sociais pós-guerra. Suas pesquisas utilizam uma metodologia que privilegia o estudo de variáveis sociais e ambientais capazes de serem quantificadas, em geral através de técnicas de medição de opinião e de atitudes por meio de questionários. Seus resultados têm sido fracos, dispersos e pouco úteis. Em países subdesenvolvidos, como o Brasil, estes limites são ainda maiores, haja vista a inexistência de amplas fontes de dados organizados e acessíveis, bem como a fragilidade das instituições de pesquisa, que impede a obtenção de uma riqueza de dados consistentes e dentro do rigor matemático.

A insatisfação da sociedade, decorrente da progressiva percepção dos limites do caráter especializado e fragmentado da prática médica, de seu alto custo e de sua insuficiência no enfrentamento de problemas globais, tem sido um campo fértil para o florescimento de novas tentativas de compreensão e ação. Multiplicam-se e expandem-se as chamadas medicinas alternativas (homeopatia, acupuntura, medicina natural, etc.) como tentativas de superação dessa situação. Trata-se de tentativas de recuperação da visão e intervenção globalizante através do retorno às medicinas constituídas anteriormente à fragmentação científica. Expressam uma visão mais integrada do processo de adoecimento e de cura. Mas totalidade hoje não pode ser apenas uma volta. A multidão de conhecimentos fragmentados gerados precisa ser incorporada. Muitas daquelas leituras holísticas já não se sustentam diante dos novos conhecimentos gerados. Mesmo assim, muitas destas práticas alternativas continuam

se autodenominando integrais ou holísticas. Mas os limites da medicina têm raízes mais profundas. Uma medicina integral não é uma nova tecnologia que tudo resolve. Não é um tipo ideal de prática médica independente da realidade concreta pois grandes limites da atual medicina se devem à forma concreta como é exercida junto às classes populares. Também não significa a soma de todas as técnicas e todos os conhecimentos, pois o conhecimento de todos os fatos e o esclarecimento de todos os aspectos é algo que o homem não atinge. Conhecimento se torna ação em situações concretas determinadas pela luta política dos atores sociais envolvidos, muitos dos quais, por razões históricas, são impedidos de participar. Não é algo dado e estático: é uma construção histórica que não tem fim. A medicina é uma ciência e uma prática social marcadas pela complexidade. Cada problema de saúde, cada conhecimento e cada serviço só pode ser compreendido a partir de suas relações, de antagonismo e cooperação, com o todo e com os vários outros componentes. Seu problema atual não se deve tanto à falta de conhecimento e tecnologias, mas à incapacidade de seus agentes interrelacionarem dialeticamente e negociarem os diversos saberes, interesses, procedimentos técnicos e limitações materiais diante de problemas concretos.

Reside aqui a potencialidade da pesquisa-ação como instrumento de reorientação da prática médica. Trata-se de uma metodologia de produção de conhecimento sobre a interrelação entre os atores e saberes envolvidos em uma prática social, em que se priorizam os interesses e as falas dos atores subalternos. Pesquisas com esta orientação contribuem para ampliar o movimento de construção de uma medicina integral que movimentos sociais, profissionais de saúde e outras organizações da sociedade civil já vêm realizando em suas lutas e trabalho. Como uma metodologia qualitativa, ela é muito adequada para entender a dinâmica desse processo de interrelação, participação e interdisciplinaridade. Nesse sentido pode ser importante na superação do caráter fragmentado da medicina, bem como da sua concentração nas dimensões estritamente biológicas das doenças.

Não basta criticar os serviços de saúde por não abordarem dimensões coletivas dos problemas de saúde. É preciso construir conhecimentos operacionalizáveis que permitam fazê-lo. Na urgência dos problemas que chegam, um atrás do outro, o profissional é cobrado a implementar técnicas que já se mostraram operacionalizáveis e com eficiência demonstrada, ainda que esteja consciente de seu caráter restrito e limitado. Ele acaba simplesmente reproduzindo o modelo de análise da situação e de organização da conduta tera-

pêutica dominante na tradição científica da especialidade em que foi formado, fechando os ouvidos às manifestações de insatisfação que não sabe como elaborar

O processo de pesquisa-ação gera não apenas novos conhecimentos, mas constitui novos instrumentos de intervenção terapêutica em que a abordagem coletiva é priorizada. Tais instrumentos de intervenção são gestados já em acordo com os interesses e peculiaridades dos atores locais. Resulta ainda na constituição de novos agentes terapêuticos (profissionais ou não) e na reciclagem e fortalecimento de outros.

Nesta perspectiva de pesquisa e ação orientada pelo método da educação popular, os entraves institucionais, as oposições políticas, as deficiências de formação técnica, as intrigas, os fracassos, as resistências e os conflitos são encarados como manifestações de outras lógicas e interesses ou de dimensões da realidade que não estavam sendo levadas em conta anteriormente. Ao invés do enfrentamento direto e pessoal destas dificuldades, o educador deve procurar trazê-las para o espaço de debates, buscando estudar, traduzir e explicitar os interesses, razões e significados simbólicos que se escondem por trás de suas manifestações. Na medida em que também se investe para que os atores mais subalternos estejam fortemente presentes nestes espaços educativos e de negociação, o enfrentamento das dificuldades será algo compartilhado. Os novos conhecimentos e práticas, sendo uma construção coletiva, são enriquecidos pela diversidade dos participantes e refletem a negociação e o poder dos vários atores envolvidos.

A busca da saúde, nesta perspectiva, se transforma num jogo em que o tabuleiro não é mais o serviço de saúde, mas a sociedade civil. Neste jogo, os constrangimentos institucionais, a subordinação política, a carência de recursos e as limitações do conhecimento científico continuam a participar como personagens importantes que, no entanto, não conseguem segurar e imobilizar com suas mãos a fluidez das palavras, idéias e solidariedades a se intercombinarem, gerando práticas e saberes imprevisíveis. Assim, o trabalho em saúde adquire sentidos e simbolismos que tornam seu cotidiano colorido e carregado de surpresas e mistérios, ajudando a enfrentar a desgastante convivência com a dor, a morte e o descaso político.

1.5. Educação popular e a formação de recursos humanos em saúde

Na medida em que o processo de construção do Sistema Único de Saúde superou a etapa em que a prioridade era a criação de um arcabouço de normas jurídicas e administra-

tivas, bem como a multiplicação do serviços básicos da saúde, assiste-se hoje a ampliação do espaço para a discussão e experimentação de propostas que reorientam o modelo do atendimento no dia-a-dia dos serviços. Neste momento, a educação popular ganha um significado especial.

Já existe, no Brasil, uma razoável experiência sobre os caminhos da organização de serviços de saúde numa perspectiva de participação popular a partir da metodologia da educação popular. A maior dificuldade, hoje, é a generalização desta experiência. Não basta saber fazer, é preciso que este "saber fazer" se generalize nas instituições como um todo, descobrindo os caminhos administrativos para a sua operacionalização. Esta generalização passa, principalmente pela formação de recursos humanos, mas numa perspectiva diferente daquela que, habitualmente, vem sendo implementada, que encara o profissional como um ser alienado e ignorante que deve ser treinado e conscientizado. Assim como o método da Educação Popular reorienta a relação entre o profissional e a população, ressaltando as suas iniciativas e o seu processo de busca de melhorias, é preciso reorientar as estratégias de formação do profissional, fazendo-as partir de suas angústias, de sua experiência prévia e de sua vontade de superação das dificuldades. É preciso construir uma tradição de formação de recursos humanos em saúde orientada pela educação popular.

Com a valorização do Programa Saúde da Família e do discurso da Promoção da Saúde no atual cenário da saúde pública, a demanda por práticas educativas cresceu muito. A aparência progressista do discurso da educação popular faz com que muitas de suas afirmações sejam facilmente adotadas em muitos serviços. Mas analisando suas práticas, vemos que a hegemonia de elementos do discurso da educação popular é, muitas vezes, apenas uma roupagem para esconder práticas de educação em saúde extremamente autoritárias. Mas podemos aproveitar esta abertura inicial ao discurso da educação popular no campo da saúde para tomarmos iniciativas que consolidem esta maneira de conduzir as trocas culturais.

1.6. Referências bibliográficas.

BANERJI, Debabar. Atención primaria de salud: seletiva o integral? **Foro Mundial de la Salud.** v.5, p.357-360, 1984.

BERMAN, Marshall. **Tudo que é sólido desmancha no ar;** a aventura da modernidade. São Paulo: Companhia das Letras, 1986.

GIDDENS, Anthony. **As conseqüências da modernidade.** São Paulo: UNESP, 1991.

LUZ, Madel. **Natural, racional, social;** razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 151p.

MACDONALD, J. J., WARREN, W. G. Primary health care as an educational process: a model and a freirean perspective. **International Quarterly of Community Health Education.** v.12, n.1, p.35-50, 1991.

MCLAREN, Peter. Paulo Freire e o pós-moderno. **Educação e Realidade.** Porto Alegre, v.12, n.1, p.3-13, jun. 1987.

NUNES, Edson. Carências urbanas, reivindicações sociais e valores democráticos. **Lua Nova.** São Paulo, n.17, p.67-91, jun. 1989.

THIOLLENT, Michel. **Crítica metodológica;** investigação social e enquete operária. São Paulo: Polis, 1982.